



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
**4BACH**

**Lisa Vangen Tøraasen og Zainab Al-Sultan**

Anne Grethe Kydland

## **Diabetes mellitus type 1**

### **Type 1 Diabetes mellitus**

Antall ord: 13288

Bachelor i sykepleie, BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv  
Brage:

 JA NEI

## Innhold

Sammendrag .....	4
1.0 Innledning .....	5
1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	6
1.2 Formålet med oppgaven .....	6
1.3 Oppgavens oppbygging .....	6
2.0 Metode .....	7
2.1 Beskrivelse av metode .....	7
2.2 litteratursøk .....	7
2.3 Validitet og reliabilitet .....	8
2.4 Kildekritikk .....	10
2.5 Etikk .....	10
3.0 Teoridel .....	11
3.1 Diabetes mellitus type 1 .....	11
3.1 Behandling .....	12
3.2 Orems sykepleieteori .....	13
3.2.1 Egenomsorg .....	14
3.2.2 Egenomsorgsbehov .....	14
3.2.3 Egenomsorgssvikt .....	14
3.2.4 Sykepleiesystemer .....	15
3.3 Ungdom i utviklingsstadiet .....	17
3.4 Veiledning og undervisning .....	19
3.4.1 Veiledning .....	19
3.4.2 Undervisning .....	20
3.5 Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	21
3.6 Krisereaksjoner .....	22
3.6.1 Sjokkfasen .....	22
3.6.2 Reaksjonsfasen .....	22
3.6.3 Bearbeidelsesfasen .....	22
3.6.4 Nyorienteringsfasen .....	22
3.7 Mestring .....	23
3.8 Empowerment .....	24
3.9 Motivasjon .....	24
3.10 Læring .....	25

4.0 Drøftingsdel.....	26
4.1 Ungdom og deres utfordringer med diabetes .....	26
4.1.1 Det første møte .....	27
4.2 Veiledning og undervisning .....	29
4.3 Innholdet i veiledningen og undervisningen .....	32
4.3.1 Hvordan skal sykepleieren undervise pasienten med nyopptaget diabetes type 1?.....	34
4.3.2 Evaluering .....	37
4.4 Konklusjon .....	38
Litteraturliste.....	39

## Vedlegg 1

## Sammendrag

Hvert år blir rundt 600 nordmenn diagnostisert med sykdommen diabetes type 1, og Norge er et av landene i verden med størst andel av barnediabetes. I dag er det 15 000- 20 000 personer i Norge som har diabetes type 1, og antall barn som får diabetes har fordoblet seg de siste 30 årene (Diabetesforbundet, 2014). Problemstillingen vår gikk ut på hvordan sykepleiere kan veilede og undervise ungdom med nyopptaget diabetes type på sykehus. Ut i fra litteraturstudiet har vi arbeidet oss frem for å besvare denne problemstillingen. Vi vet at ungdomsårene kan innebære både ned – og oppturer og da spesielt da en får en kronisk sykdom som diabetes. Vi har gjennom praksisperioder og arbeid ved siden av skolen erfart at det er stort behov for veiledning og undervisning i forhold til pasienter med nyopptaget diabetes. For å imøtekomme disse pasientene og ivareta deres behov anser vi det som viktig at sykepleieren innehar kompetanse til å dekke deres behov ved hjelp veiledning og undervisning.

## 1.0 Innledning

Hvert år blir rundt 600 nordmenn diagnostisert med sykdommen diabetes type 1, og Norge er et av landene i verden med størst andel av barnediabetes. I dag er det 15 000- 20 000 personer i Norge som har diabetes type 1, og antall barn som får diabetes har fordoblet seg de siste 30 årene (Diabetesforbundet, 2014). Disse tallene sjokkerte oss og vekket vår interesse for å fordype oss i dette emnet, samt se nærmere på hvordan man som sykepleier kan imøtekomme disse pasientene. Undervisning og veiledning er av stor betydning for pasientens situasjon og prognose, og en med nyoppdaget diabetes type 1 vil ha ett prekært behov for opplæring i startfasen.

Vi har begge personlig erfaring med sykdommen og arbeidet med diabetes type 1 på nært hold. I vår bacheloroppgave har vi derfor valgt å skrive om pasienter med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus fordi dette vil være våre fremtidige arbeidsarenaer. Ofte hender det at pasienter går ukesvis uten særlige symptomer på sykdommen. Dette kan tilslutt resultere i sykehusinnleggelse med høy glukosekonsentrasjon i blodet og drastiske symptomer ettersom sykdommen har utviklet seg. I løpet av ulike praksisperioder har vi erfart at sykepleieren har en sentral rolle i forhold til å undervise og veilede pasienter som nettopp har fått sin diagnose og at det er mange pasienter som ikke er tilfredsstilt med undervisningen, og derfor ønsket vi å fordype oss i hvordan vi kan møte deres behov på best mulig måte. Vi anser det som særdeles viktig at disse pasientene får god og individualisert oppfølging for at de skal kunne mestre hverdagen med en kronisk lidelse. Målgruppen for oppgaven vil være ungdom i tenåringsalderen. De er i en livsfase hvor utviklingen er stor og de ønsker å være selvstendige og løsrive seg fra foreldrene. En sykdom som diabetes står dermed i kontrast med deres livsførsel. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om hvordan man som sykepleier veileder og underviser en pasient med nyoppdaget diabetes, og hva som bør vektlegges i pasientundervisningen. Ut i fra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleieren veilede og undervise ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus?”*

---

## 1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi har valgt å avgrense oppgaven til kun å fokusere ungdom, og utelukke foreldre og annet nettverk. Dette grunner seg i at vi har valgt å fordype oss i veiledning og undervisning relatert kun til pasienten, og på grunn av oppgavens omfang. Til tross for at vi utelukker familie og annet nettverk så vet vi at familien er en ressurs for oss sykepleiere og har en støttende og betryggende funksjon ovenfor pasienten.

Oppfølging av diabetespasienter er viktig, men vi vil begrense oppgaven fra perioden pasienten er innlagt og frem til utskrivelse fra sykehuset. I denne fasen tror vi at det er viktig at pasienten får god undervisning og veiledning med tanke på videre forløp, og for at han skal mestre sykdommen og de utfordringer den medfører.

## 1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å øke vår kunnskap om hvordan sykepleieren skal på best mulig måte veilede og undervise en ung pasient med nyoppdaget diabetes. Vi har i tillegg ett ønske om å øke vår kompetanse rundt diabetes type 1, og få økt forståelse rundt håndteringen av sykdommen. Vi mener også at denne bacheloroppgaven kan gi oss kunnskap som vi kan dra nytte av i arbeid og andre situasjoner når vi møter pasienter og deres sykdommer.

## 1.3 Oppgavens oppbygging

I vår oppgave har vi valgt å skrive teoridelen først, deretter en drøftingsdel. Teoridelen vil inneholde beskrivelser om hva sykdommen innebærer, forekomsten av den og diabetes relatert til ungdom. Videre i teoridelen vil vi skrive litt om sykepleierens pedagogiske funksjon som er aktuelt i forhold til diabetes, i tillegg til veiledning og undervisning. I teoridelen har vi også definert og beskrevet sentrale begreper som har betydning for oppgaven. Videre i teoridelen har vi beskrevet Dorothea Orems egenomsorgsteori. I slutten av teoridelen vil vi komme inn på emnene veiledning og undervisning. Tilslutt vil vi også utdype sentrale begreper innenfor disse temaene som motivasjon og læring.

Vår drøftingsdel vil bestå av flere underkapitler. Først vil vi drøfte ungdom og deres utfordringer med diabetes. Deretter vil vi drøfte det første møtet med pasienten, før vi kommer inn på veiledning og undervisning. Videre har vi ett kapittel hvor vi drøfter innholdet i veiledning og undervisning, samt et kapittel hvor vi drøfter hvordan sykepleieren bør undervise. Avslutningsvis har vi et kapittel som omhandler evaluering av

pasientundervisningen. Vi vil igjennom hele drøftingsdelen bruke Orems sykepleieteori, og støtte opp oppgaven med litteratur, forskning og egne erfaringer.

## 2.0 Metode

Her vil vi forklare metoden som viser hvordan vi har valgt å løse bacheloroppgaven. Vi vil beskrive fremgangsmåten i hvordan vi har jobbet med litteraturen og hvilke litteraturkilder som ligger til grunn for vår oppgave. «Metode og Oppgaveskriving» av Dalland (2012) har lagt rammeverket for dette kapittelet av oppgaven.

### 2.1 Beskrivelse av metode

I boken til Dalland(2010) beskriver den kjente sosiologen Vilhelm Aubert metode som følger: *« En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder».*

Vår oppgave er et litteraturstudie og oppgaven vår er skrevet etter Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer. I et litteraturstudie bygger oppgaven hovedsakelig på faglitteratur i form av skriftlige kilder, men vi har også noen egne betraktninger gjennom praksiserfaring og skolegang.

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven er oppgaven skrevet etter Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving. Videre er skolens mal for forside, skriftstørrelse, skrifttype og linjeavstand fulgt. I tillegg er oppgaven vår skrevet etter APA-standard, en referansestil som er standard hos Høgskolen i Hedmark.

Når oppgaven bygger på litteraturstudie er kildekritikk den viktigste metoden. Vi mener selv vi har valgt et spennende tema, som vi begge har erfaringer med fra jobb og praksis. Ut i fra faglitteraturen har vi definert en problemstilling som vi ønsket fordypning i. Underveis i prosessen har vi vært oppmerksomme på å være kritiske til kildene våre, og alt i alt ser vi oss fornøyd med de kildene vi har tatt i bruk. Kildene er etter vår mening relevante til problemstillingen og har støttet oppunder vår problemstilling og tilført ny kunnskap hos forfatterne.

### 2.2 litteratursøk.

For å besvare denne oppgaven på best mulig måte har vi benyttet oss av pensumlitteraturen, både de obligatoriske og selvvalgte, biblioteket og søk på Bibsys Ask for å finne relevante kilder til vår problemstilling. I søk etter forskningsartikler har vi brukt søkeord av egen

refleksjon og brukt nettsiden SveMed+ og Cinahl Headings i jakten på gode søkeord. Utover dette har vi tatt i bruk PICO-skjema som et hjelpemiddel til søk etter forskning. Vi har brukt søkeord som «diabetes in children», «nursing care», «recently diagnosed diabetes», «adolescents», «type 1 diabetes» «experience» «coping», «chronic disease», «motivation», «compliance», «resilience» «guidance». Disse søkeordene har vi brukt på databasene Cinahl via EBSCOhost, Google Scholar og Oria.

Ut i fra disse søkeordene og databasene har vi endt opp med følgende forskningsartikler:

Pilotstudien «Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes». Denne forskningsartikkelen gir oss et innblikk i hvordan forskjellige mestringsstrategier har en påvirkning på resiliens, livskvalitet, kompetanse og metabolsk kontroll, og hvilken av de forskjellige mestringsstrategiene som er mest brukt av ungdom med diabetes. (Jaser & White, 2010)

Kvalitetsstudien «Adolescent' experience of living with diabetes». Denne forskningsartikkelen gir oss et innsyn i hvordan de unges opplevelse av å leve med en kronisk sykdom som diabetes og utfordringer den kan medføre. Gjentatte ganger presiseres det at ungdom ikke er interessert i å skille seg ut fra vennegjengen (Huus & Enskâr, 2007)

Review artikkelen «Compliance in Adolescents With Chronic Diseases: A Review». Denne artikkelen tar for seg hvilke faktorer som avgjør om unge pasientene er ansvarfulle i de oppgavene de selv må utføre i forbindelse med den daglige behandlingen av sykdommen sin. For eksempel injeksjon av insulin. (Kyngås, 2000).

Kvalitativstudien «Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette?» Denne forskningsartikkelen tar på sikte hvordan sykepleierne utøver sin pedagogiske funksjon og hvordan pasienter opplevde dette. En ulempe med denne artikkelen er at den tar utgangspunkt i en ortopedisk avdeling og omhandler derfor ikke diabetespasienter, men vi har valgt å bruke den grunnet deres funn i pasientens opplevelse av undervisningen og sykepleierens utøvelse av pedagogikk i sykehus (Kloster, 1997).

### **2.3 Validitet og reliabilitet**

Dalland beskriver validitet og reliabilitet i sin bok på denne måten: «*Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles må ha relevans og være gyldig for det problemet om undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis.*»



Den obligatoriske pensumlitteraturen velger vi ikke å kommentere ytterligere, da disse kildene er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, og vi anser derfor disse kildene som relevante, gyldige og pålitelige. Disse kildene har derimot vært til stor hjelp gjennom hele oppgaven og gitt oss et grundig fundament, før de selvvalgte kildene presiserer funnene.

Ragnar Hanås sin bok «Bli eksperkt på din egen diabetes – Type 1 diabetes» er en av de selvvalgte kildene vi har benyttet. Hanås er en anerkjent svensk overlege på Barne- og ungdomsklinikken NÄL sykehus. Han har fått flere utmerkelser og priser, blant annet for denne boken, og regnes som en av de ypperste ekspertene på diabetes i verden. Det er Dr.med. Hans Jacob Bangstad som har oversatt boken til Norsk. Med bakgrunn i dette regner vi derfor denne boken som reliabel siden den gir oss et nyttig innblikk i diabetes type 1.

«Diabetes, grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell» av Anita Skafjeld er en annen kilde vi også har brukt. Skafjeld er utdannet sykepleier med videreutdanning i diabetes sykepleie og administrasjon/ledelse. Hun jobber på Ullevål Universitetssykehus på poliklinikken for diabetes, der jobber hun hovedsakelig med undervisning og veiledning av pasienter og ansatte. Denne boken tar for seg egenmestring og ulike tiltak sykepleier kan utføre i forbindelse med diabetes.

Vi ser på denne boken som både reliabel og valid siden den gir oss nyttig informasjon angående veiledning og kommunikasjon i forbindelse med diabetespasienter.

«Praktisk pasientundervisning» av Vigdis Granum er bok vi har hatt stor nytte av. Granum er sykepleier, fagpedagog og fil.dr i sykepleiepedagogikk. Boken har gitt oss inspirasjon og veiledning i forhold til planlegging, gjennomføring og evaluering av pasientundervisning. Hennes bok er basert på forskning om pasientundervisning, og gjennom hele boken beskrives konkrete eksempler på hvordan sykepleiere kan møte pasienter i undervisningssituasjoner.

Sidsel Tveiten og hennes bøker «veiledning- mer enn bare ord» og «den vet best hvor skoen trykker» er kilder vi også har tatt i bruk. Tveiten er førsteamanuensis ved Høgskole i Akershus. Hennes doktorgrad fokuserer mye på veiledning av pasienter. Disse bøkene tar for seg veiledning i ulike fag og situasjoner, og beskriver praktiske innfallsvinkler til veiledning og forskjellige metoder som kan brukes i tillegg til dialog.

Når vi har skrevet om sykepleierteoretikeren Dorothea Orem har vi valgt å bruke boka «Orems sykepleiermodell i praksis» skrevet av Stephen J.Cavanagh, oversatt av Kari Mari Thorbjørnsen. I denne boken knyttes Orems sykepleiermodell til ulike kliniske

pasientsituasjoner og følger sykepleieprosessen gjennom datasamling, planlegging, intervensjon og evaluering. Boken tar også for seg den teoretiske redegjørelse og knytter den opp mot den praktiske utøvelsen av yrket. Orem sin modell har fått svært stor innflytelse over sykepleietenkningen i mange land, deriblant Norge.

I søken etter kilder har vi brukt forskjellige databaser, blant annet har vi benyttet Cinahl via EBSCOhost. Denne databasen er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, og via skolens bibliotek blir tilgangen enkel og grei.

Siden disse databasene er anbefalt av Høgskolen i Hedmark regner vi de som reliable og valide databaser for å søke opp forskningsartikler og kilder til vår oppgave.

Artiklene som er lagt til i disse databasene er kvalitetssikret av flere eksperter innenfor de forskjellige fagfeltene.

## 2.4 Kildekritikk

I sin bok definerer Olav Dalland kildekritikk på denne måten: *«Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.»*

Fagretningen sykepleie baserer seg på kunnskapsbasert praksis, det legges vekt på både erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap, i tillegg til brukermedvirkning og brukerkunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012). Det er derfor viktig at sykepleiefaget, som mange andre fagretninger, hele tiden arbeider etter og alltid har oppdatert kunnskap og fersk faglitteratur. Derfor bør kildene som brukes være oppdaterte, slik at sykepleien som gis hele tiden er optimal.

Dalland skriver også i sin bok at forskningen som brukes bør være oppbygget etter IMRaD-strukturen, som sier at introduksjon, metode, resultater og diskusjon skal være vel gjennomført for at litteraturen skal være troverdig.

## 2.5 Etikk

Ved utarbeidelsen av oppgaver og lignende er det viktig å ha respekt for andres verk som man benytter som kilder i sin egen oppgave, og spesielt plagiat er uetisk i en slik forbindelse. Med plagiat menes å utgi andres arbeid som sitt eget. Det er derfor alltid viktig å henvise til den riktige forfatteren, skal man derimot avskrive andre skal dette merkes tydelig som et sitat. (Dalland, 2012) Vi har derfor vært oppmerksomme på ikke å kopiere andres arbeid, men oppgi kilde dersom vi har brukt andres arbeid som teori i vår oppgave.

## 3.0 Teoridel

I dette kapitlet går vi nærmere inn på et knippe teorier for å belyse og underbygge oppgavens problemstilling.

### 3.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk autoimmun sykdom som kjennetegnes med kronisk forhøyet blodsukker. Ved diabetes type 1 er det totalt fravær av insulin. Dette skyldes kroppens egne immunsystem forårsaker sykdom ved å angripe kroppens egne betaceller i pancreas som er ansvarlig for produksjonen av insulin. Nedbrytningen av cellene skjer gradvis fra flere måneder til år, og insulinproduksjonen avtar dermed mer og mer. Sviktende insulinproduksjon medfører at blodets glukosekonsentrasjon øker, og det utvikles hyperglykemi. Insulin har som virkning å senke blodets glukoseinnhold ved å øke opptaket av glukose i muskel og fettvev, og samtidig dempe leverens produksjon av glukose. Diabetes type 1 er en sykdom som ofte debuterer i ung alder og er arvelig betinget (Jenssen, 2011).

Hjernen trenger kontinuerlig tilførsel av glukose. Dette krever at blodsukkeret er så stabilt som mulig. Både for høyt og for lavt blodsukker kan føre til døden for vedkommende. Optimal blodglukose bør være mellom 4-7 mmol/l. Når blodglukosen overstiger 7 mmol/l kan dette medføre utvikling av ketoacidose. Ketoacidose er en tilstand som ubehandlet kan føre til diabeteskoma. Tilstanden skyldes altfor høye glukoseverdier i blodet da glukosen ikke blir tatt opp i muskelceller. Det skjer også en opphopning av fettsyrer i leveren som etter hvert omdannes til ketoner og ketonsyrer som bidrar til at blodet blir surt. Personen trenger da øyeblikkelig hjelp da en slik syreforgiftning kan i verste fall medføre døden. Symptomer på at pasienten har utviklet ketoacidose er at vedkommende hyperventilerer i ett forsøk med å kvitte seg med syrer (Co<sub>2</sub>), tørste og redusert bevissthet grunnet redusert glukosetilførsel til hjernen (Jenssen, 2011).

Hypoglykemi betegner lav glukosekonsentrasjon i blodet. Tilstanden kalles også føling, og kan oppstå ved kraftig insulinoverskudd. Føling er ett varseltegn på at blodglukosen er lav og oppstår når blodglukosen er på ca 4 mmol/l. Pasienten kan da oppleve hjertebank, sultfølelse og svette. Faller blodglukosen ytterligere til 1 mmol/l vil sentralnervesystemet påvirkes på grunn av for liten glukosetilførsel. Personen vil da få svekket bevissthet, og det kan også inntre bevisstløshet med kramper. For pasienter med type 1 diabetes vil det være nødvendig å kontrollere blodglukosen jevnlig for å unngå episoder med hypoglykemi (Jenssen, 2011).

### **3.1 Behandling**

Formålet med diabetesbehandlingen er å unngå symptomer som skyldes høye blodglukoseverdier og å hindre utvikling av diabetiske senkomplikasjoner. Personer med diabetes type 1 har økt risiko for å utvikle hjerte-karsykdommer, som for eksempel hjerteinfarkt, og andre senkomplikasjoner som nevropati og retinopati. For å forebygge dette må blodsukkeret senkes ned mot normalverdier og det kreves stabile blodsuktermålinger. For at diabetespasienten skal kunne nå disse målene kreves det motivasjon i tillegg til god veiledning og opplæring. Fastende blodsukker om morgenen bør ligge mellom 4 og 7 mmol/l, og lavere enn 10 mmol/l 2 timer etter måltidene. Et annet viktig prinsipp i behandlingen er opplæring og veiledning slik at pasienten selv blir i stand til å ivareta, og ta ansvar for egen sykdom (Os & Birkeland, 2006)

#### **3.1.1 Medikamentell behandling**

Den medikamentelle behandlingen er helt avgjørende og tar sikte på å erstatte den manglende insulinproduksjonen hos en person med diabetes type 1. Det trengs fra dag én insulintilførsel for å gjenopprette den fysiologiske funksjonen som ikke lenger eksisterer. Insulin har to effekter; det frakter glukose fra blodbanen og det øker opptaket av glukose i muskel og fettvev slik at blodglukosen synker. Insulin regulerer også leverens glukoseproduksjon slik at blodglukosen holdes stabilt mellom måltidene. De fleste med diabetes type 1 har behov for flere insulininjeksjoner daglig. Insulin injiseres subkutant i mage eller lår, og det er viktig for en pasient med nyopplaget diabetes å få opplæring i forhold til administrering av insulin, dets effekt og hvilke symptomer som kan forekomme av for mye eller for lite insulin. Insulin kan injiseres gjennom sprøyter, insulinpinner og pumpe. Det finns ulike insulin typer med forskjellige innsettende effekter, hvor noen har rask innsettende effekt, mens andre langsommere og mer varig effekt (Jenssen, 2011)

#### **3.1.2 Kosthold**

Ernæring ved diabetes anbefales å være mest mulig lik normal kost, men med lavere sukker- og fettinnhold. Kostholdet bør ha en gunstig virkning på blodsukkerreguleringen og fettomsetningen. Pasienter har behov for kunnskap om matvarenes virkning på blodglukoseverdien slik at insulinmengden kan reguleres deretter. En riktig fordeling mellom makronæringsstoffene bør tilstrebes, og av det daglige energibehovet bør ca. 45-50 % bestå av karbohydrater. Dette bør være langsomme karbohydrater som fiber og frø, da disse metter

godt og glukose absorberes langsommere til blodet. Fettmengden i kosten bør ikke overstige 30-35 % av det totale energibehovet. Store mengder fett vil gi tilskudd av energi og dermed vektøkning; hvilket kan resultere i dårligere utnytting av insulinet. Høyt fettinntak øker også kolesterolmengden i blodet og risikoen for å utvikle hjerte og karsykdommer. Det anbefales å spise umettet fett som fet fisk, nøtter og vegetabiliske oljer da det bidrar til å øke det ”gode” HDL kolesterolet og senke det dårlige LDL-kolesterolet som en finner i mettet fett.

Diabetikere anbefales ett normalt proteininntak, det vil si 10-20 % av det totale energiinntaket. For å oppnå god blodglukoseregulering anbefales det å ha 3-4 hovedmåltider per dag med opptil 3 mellom måltider. Dette gir kroppen jevnt tilskudd av næringsstoffer og er gunstig for blodglukosekontrollen (Mosand & Stubberud, 2011)

### **3.1.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet vil ha en positiv innvirkning på helsen til en med diabetes. Under aktivitet forbruker kroppen glukose og blodglukosen synker både under, og etter fysisk aktivitet. Ett moderat aktivitetsnivå vil medføre at kroppen får ett lavere insulinbehov og insulinfølsomheten øker. Trening senker blodglukosen ved å øke opptaket av glukose til muskelceller uten at det øker behovet for insulin. Dette er fordi mer sukker forbrukes av musklene under trening. Etter fysisk aktivitet vil musklene ha økt insulinfølsomhet i 1-2 dager. Pasientene vil ha behov for kunnskap om hvordan man justerer insulindosene for å forebygge føling da risikoen for å utvikle føling er stor 24 timer etter trening (Hanås, 2011).

## **3.2 Orems sykepleieteori**

I vår oppgave har vi valgt Dorothea Orem som vår sykepleieteoretiker. Orem er en forfatter som har hatt stor innvirkning på sykepleietenkningen i mange land, og hennes sykepleiemodell har preget dagens sykepleiere og deres praksis. I følge Orem er sykepleierens konkrete oppgave å undervise og veilede pasienten i hvordan han selv kan bidra til å øke eller oppnå en god egenomsorg. Vi har valgt å bruke Orem og hennes modell, fordi den tar sikte på hvordan sykepleieren kan ta i bruk undervisning og veiledning til å hjelpe pasienten å ta i bruk sine ressurser for å oppnå en god egenomsorg. Vi vil gå nærmere innpå hennes teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer for å bidra til å besvare vår problemstilling.

### 3.2.1 Egenomsorg

Sentralt for Orem's sykepleiemodell er egenomsorg. Begrepet egenomsorg defineres som ”individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» Ifølge Orem er egenomsorg de aktivitetene som individet foretar seg og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Vesentlig for egenomsorg er det at omsorgen iverksettes frivillig og tilsiktet, og det krever av individet at han kan forstå sin helsetilstand, og at han kan ta hensiktsmessige beslutninger. Utførelsen av egenomsorg er ikke rutinemessige handlinger, men utførelsen av en slik omsorg er gjennomtenkte og tillærte handlinger som tar sikte i å opprettholde liv og helse, samt fremme velvære. Handlingene en foretar seg må læres og påvirkes av det sosiale og kulturelle en befinner seg i, samt alder og utvikling. Målet med egenomsorg er at individet kan ta ansvar for egen sunnhet og benytte de muligheter en innehar for å bedre sin livskvalitet (Cavanagh, 2005).

### 3.2.2 Egenomsorgsbehov

Sentralt i Orem's modell er egenomsorgsbehovene. Disse deles inn i tre kategorier: de universelle som tar for seg grunnleggende behov en person har som omhandler mennesket fysisk, psykisk, sosialt og åndelig; de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene er behov knyttet til menneskelig modning/utvikling og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov er behov som foreligger når en person blir syk, skadet eller får en funksjonssvikt. Når en person har en form for helsesvikt, som for eksempel diabetes type 1 må personen oppsøke hjelp og assistanse for å kunne ivareta sine egenomsorgsbehov.

De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene beskriver mennesket fra ulike utviklingsstadier, og egenomsorgsbehovene vil variere ut i fra hvilket stadium en befinner seg i.

### 3.2.3 Egenomsorgssvikt

Orem's teori om egenomsorgssvikt fører fram til en beskrivelse av forholdet mellom individets evne til egenomsorg og de kravene han står ovenfor for å kunne ivareta sine omsorgsbehov.

Evnen til å kunne ivareta sine egenomsorgsbehov er individuelt fra person til person.

Egenomsorgssvikt oppstår når en person ikke har kapasitet til å ivareta de egenomsorgskravene han står ovenfor og det vil da oppstå ett behov for sykepleie.

Forandringer i helsetilstanden kan medføre at en person blir helt eller delvis avhengig av andre, og må derfor ha sykepleie for å få dekket sine egenomsorgsbehov og for å gjenvinne sin uavhengighet. Orem skiller mellom seks ulike egenomsorgsbehov ved helsesvikt hvor ett behov er behov for å lære å leve med sykdom og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fortsatt fremmer personlig utvikling. Egenomsorgsbehovene som oppstår ved

egenomsorgssvikt må til en hver tid ivaretas for at en person skal kunne gjenvinne eller bevare sin normalfunksjon. Dette krever konkrete, hensiktsmessige egenomsorgshandlinger som må utføres for å møte egenomsorgsbehovene (Kristoffersen, 2006)

Disse konkrete handlingene betegner Orem som *terapeutiske egenomsorgskrav*, som beskriver nødvendige handlinger personen selv eller andre må utføre for å fremme helse, funksjon og normal utvikling. Dersom disse kravene ikke imøtekommes vil personens funksjon, utvikling, helse og velvære være truet. Alle mennesker har egenomsorgsbehov som må dekkes, og når sykepleieren har kartlagt kravene blir det nødvendig å identifisere pasientens egenomsorgskapasitet. I følge Orem er egenomsorgskapasitet en pasients evne til selv å møte kravene som stilles til handling og deretter utføre handlingene. Det er flere faktorer som virker inn på pasientens egenomsorgskapasitet, helsesvikt og sykdom er faktorer som kan redusere pasientens egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2006).

### 3.2.4 Sykepleiesystemer

Teorien om sykepleiesystem består av sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer

#### 3.2.4.1 Sykepleiekapasitet

Sykepleiekapasitet bygger på de menneskelige ferdigheter, kunnskaper og verdier sykepleieren innehar. Som egenomsorgskapasitet, innebærer også sykepleiekapasitet evnen til å gjennomføre planlagte handlinger til fordel for andre, og ikke seg selv. Orem poengterer at god og individuell utøvelse av sykepleie kjennetegnes av kunst og klokskap. Dette mener hun er gode vaner eller dyder hos sykepleieren, som gjør henne i stand til å handle på en hensiktsmessig måte overfor pasienten i spesifikke situasjoner.

#### 3.2.4.2 Sykepleierens hjelpemetoder

I sin teori beskriver Orem fem hjelpemetoder som sykepleieren kan ta i bruk for å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. Hjelpemetodene hun beskriver er å gjøre noe eller handle for en annen; å veilede og rettlede en annen; å sørge for fysisk og psykisk støtte; å sørge for omgivelser som fremmer utvikling og å undervise. Vi velger å belyse 3 punkter som vil være aktuelle for vår oppgave:

- *Å veilede og rettlede en annen:*

Å veilede vil si at sykepleieren leder pasienten under planlegging og utføring av egenomsorgshandlinger. Denne hjelpemetoden egner seg da pasienten må foreta valg eller følge en handlingsplan. Fungerende veiledning forutsetter at pasienten er motivert, og at det er god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Veiledningen bør karakteriseres av forslag, instruksjon, og råd.

- *Å sørge for fysisk og psykisk støtte:*

Fysisk og psykisk støtte kombineres ofte med veiledning. Støtte som hjelpemethode anvendes ofte i situasjoner som virker ubehagelig for pasienten, eller i nye, ukjente og utrygge situasjoner hvor pasienten kan miste motivasjon og tro på egne evner. Formålet med støtten er å sette pasienten i stand til å kontrollere og gjennomføre handlinger eller til å ta bestemte valg. Støtten skal være preget av nærvær, verbale oppmuntringer og berøring. Å ta i bruk denne hjelpemetoden kan gi pasienten en følelse av trygghet og øke hans motivasjon til å utføre egenomsorg (Kristoffersen, 2006)

- *Å undervise:*

Undervisning benyttes når pasienten skal tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper for å mestre egenomsorg. Sykepleieren skal motivere for læring, og at pasienten er mentalt forberedt er en forutsetning for å lære noe nytt. Barn og voksne lærer forskjellig, så undervisningen må være individualisert (Kristoffersen, 2006).

### 3.2.4.3 Sykepleiesystemer

Når en person får diabetes type 1 vil det oppstå økt krav til egenomsorg. Dersom pasienten ikke klarer å ivareta og dekke disse behovene vil det oppstå en ubalanse mellom egenomsorgsbehov og egenomsorgskrav. For å gjenopprette balansen har pasienten behov for sykepleie. Orem beskriver 3 sykepleiesystemer i denne forbindelse: *det helt kompenserende, det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet* (Cavanagh, 2005).

- *Det helt kompenserende systemet:*

Det kompenserende system knytter Orem opp mot pasienter som er helt ute av stand til å bidra i sin egenomsorg. Dette systemet tar sikte på at sykepleieren må kompensere for en fullt sviktende egenomsorg, som for eksempel komatøse pasienter som ikke kan utføre bevisste handlinger, eller pasienter med nedsatt mental funksjon grunnet sykdom. Her vil



hjelpemetoden å handle for en annen være aktuell da pasienten ikke er kapabel til å utføre egenomsorgshandlinger.

- *Det delvis kompensierende systemet:*

Dette systemet krever ikke like mye intensitet i utførelsen av sykepleie som det helt kompensierende system; her kan pasienten selv være aktiv i egenomsorgen. Pasienten innehar ressurser og stiller sterkere i sin egenomsorg. Pasienten skal utføre de handlinger han mestrer og som det er hensiktsmessig at han selv ivaretar. Sykepleieren skal allikevel kompensere for de handlinger pasienten ikke har ressurser til. Dette kan foregå når pasienten har nedsatt bevegelsesevne, sviktende kunnskaper eller ferdigheter som hindrer han i å dekke sine egenomsorgsbehov. Her kan sykepleierens rolle omhandle alle de fem hjelpemetodene, siden hun skal assistere etter pasients behov.

- *Det støttende og undervisende system:*

Under dette systemet har pasienten tilstrekkelig med ressurser, eller mulighet til å utvikle nødvendige ressurser. Systemet passer for pasienter som er i stand til å ivareta sin egenomsorg, men som har behov for midlertidig assistanse fra sykepleier. Sykepleierens rolle i dette systemet vil være preget av undervisning og rettleiding. Målet er å hjelpe pasienten til å lære å utføre nye handlinger som skal dekke nye egenomsorgskrav og videreutviklingen av disse. Sykepleierens rolle innenfor dette systemet vil være å ivareta og videreutvikle egenomsorgskapasiteten pasienten allerede innehar (Kristoffersen, 2006).

### **3.3 Ungdom i utviklingsstadiet**

I tenårene skjer det store kroppslige og fysiologiske forandringer som åpner opp en ny følelsesverden. Når tenårene er nådd føler ungdommen at han ikke lenger ikke kan forbli i sin barnslige situasjon og han møter stadig nye krav og forventninger fra de voksne, i tenårene opplever ungdommen at de blir mindre avhengige av foreldrene og de streber stadig etter å finne egen identitet og selvstendighet. Dette grunner seg i at de i tenårene tilegner seg nye ferdigheter på det tankemessige og det sosiale området, som setter de i stand til å mestre omverden på en ny måte enn tidligere. Tilegnelsen av identitet en svært viktig utviklingsoppgave, og at de unge må etablere en ny identitet for å oppnå en sammenhengende opplevelse av seg selv og hvem man er, hva en vil i livet og hvordan en passer inn i samfunnet. I tenårene blir ungdom svært selvcentrerte, og hans «eget jeg» kommer alltid inn i

fokus. Mange blir så opptatt av seg selv og hva slags inntrykk de gjør på andre at det kan oppfattes som sykkelig sammenliknet med hva den unge egentlig føler og er. I denne livsfasen ønsker også ungdom så står løsrivelse fra foreldreautoriteten som overhodet mulig og at de har et desperat behov for sosial utvikling og de preges av avhengighet av jevnaldrende (Evenshaug & Hallen, 2001).

For ungdom med diabetes type 1 kan det forekomme noen utfordringer, som det å skille seg ut. Mange ungdommer føler det er viktig å holde sykdommen skjult, slik at det ikke skaper negativ oppmerksomhet rundt dem. I puberteten kan ungdommen oppleve alt som fritt når aktivitetsområdet utvides. En kronisk lidelse med visse begrensninger passer da ikke inn i det livet de ønsker å leve, og mange forneker sykdommen både for seg selv, og for andre. Typisk for ungdomstiden er at barnet nå vil løsrive seg fra foreldrene og ta selvstendige valg i livet. Overgangen fra barn til voksen bidrar ofte til en mer uregelmessig livsførsel, og ungdom har større behov for å være impulsive, og tar avstand fra fornuftige og etablerte prioriteringer. Perioden preges av frigjøring fra familie gjennom tilbaketrekning og avvisning, og de får større tilknytning til venner og jevnaldrende. En sikkerhet for ungdom med diabetes er at venner, lærere og fritidsledere får informasjon om hva diabetes er, og hvordan de kjenner igjen symptomer på føling. For ungdom med sykdommen kan dette komme i konflikt med ønsket om å ikke skille seg ut fra de sine jevnaldrende (Graue, 2002).

Å stå på egne ben kan være en utfordring for en tenåring med diabetes. De kan føle at de ikke har kontroll over egen kropp, og aldri blir helt voksne. Å få diabetes i tenåringsalderen kan sammenlignes med å kutte navlestrengen men for å så få den festet igjen. De fleste ungdommer vil sette insulin på en voksen måte uten å uttrykke noen form for smerte, slik som voksne. Ved å mislykkes med dette vil de føle seg som ett lite barn igjen ved å gråte eller ikke klare å utføre stikkingen selv. Dette vil true selvtiliten og selvbildet hos en tenåring med diabetes og det blir derfor viktig å klargjøre for dem at også mange voksne synes at injeksjoner er vanskelige. Dette bidrar til at ungdommen opplever at atferden aksepteres og vil derfor få gradvis bedre selvtilit. I tillegg til pubertetens utfordringer, byr også diabetessykdommen på mange nye utfordringer i hverdagen. For ungdom er venner av stor betydelse, og det vil falle dem naturlig å gjøre de samme tingene som dem. Ungdom er uforutsigbare og går gjerne ut på kafeer og spiser ”junkfood” spontant i stedet for å være hjemme og spise planlagte måltider. Det vil ikke være noe problem for ungdom med diabetes å spise junkfood nå og da til tross for dets høye fettinnhold, men det er ikke anbefalt å spise dette for ofte (Hanås, 2011).

Å bli voksen innebærer å lære seg selv å kjenne, og ungdomsårene vil preges av eksperimenter av ulike livsstiler som forbindes med voksenlivet. Dette er normalt i puberteten, men for unge med diabetes vil det være viktig å unngå det som er farlig å eksperimentere med, slik som for eksempel uforsvarlig alkoholbruk. Nikotin fører til økt insulinresistens, og samtidig påvirker det blodsukkeret ved at blodårene kontraherer og dermed absorberes ikke insulinet like effektivt. Som en konsekvens av dette blir reguleringen av diabetes vanskeligere for de som røyker. Alkohol påvirker leveren slik at glukoseproduksjonen reduseres, dette resulterer i at blodsukkernivået synker betydelig og lite matinntak kombinert med alkohol vil medføre at personer med diabetes blir utsatt for føling. Derfor er det viktig at ungdommer er godt informert om denne effekten, og at insulindosen må reguleres deretter. Det vil være nødvendig å ta hyppige blodsuktermålinger under slike omstendigheter for å ha kontroll over diabetesen. Når ungdommer med diabetes drikker alkohol bør han informere omgivelsene om at han er utsatt for føling og hvilke symptomer som kan opptre dersom blodsukkeret blir for lavt. Dette er hensiktsmessig på grunn av at symptomene på føling kan omveksles med symptomer på beruselse. Alkohol som øl er også veldig kaloririkt og går derfor dårlig sammen med diabetes, derfor anbefales det å drikke tørr vin som er mindre kaloririkt (Graue, 2002)

### **3.4 Veiledning og undervisning.**

Veiledning og undervisning er to metoder som henger sammen og har klare fellestrekk hvor begge metodene tilsikter læring. Undervisning handler om å formidle kunnskap, mens veiledning tar sikte på å hjelpe den andre til selv oppdage hvilke ressurser den har og hvordan de skal brukes. Undervisning er ofte lærerstyrt og planlagt i forkant hvor målet er at pasienten skal kunne oppleve mestring. Veiledning legger til rette for brukermedvirkning, og har både en faglig og personlig hensikt hvor målet er å styrke pasientens mestringskompetanse. Målet med undervisning og veiledning i denne sammenheng er å gi pasienten forståelse av hvilke konsekvenser sykdommen har, og hvilke utfordringer og tilpasninger han har i vente. Hensikten med veiledning og undervisning er for å få kontroll og mestre sykdommen (Tveiten, 2013).

#### **3.4.1 Veiledning**

I følge Tveiten(2013) defineres begrepet veiledning som: *«en formell, relasjonell og pedagogisk istandsetting prosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.»* Med istandsetting

menes en prosess som startes og avsluttes. I veiledningen er ansvaret delt, der veileder legger til rette for istandsettingen, men det er fokuspersonens ansvar å gå videre med det han kan, som for eksempel endring av livsstil (Tveiten, 2013). Dialog er hovedformen i veiledning, og med dette menes en samtale mellom to personer. Veiledning handler om å møte pasienten der den er og lytte til hans behov. Veiledning tar ikke utgangspunkt i de store planleggingene i forhold til innholdet da innholdet må ta utgangspunkt i pasientens behov. Sykepleieren skal ikke først og fremst gi svar, men heller hjelpe pasienten til å finne svarene selv gjennom refleksjon. Dette kan for pasienten oppleves meningsfullt og bidra til opplevelse av mestring (Tveiten 2008) Sykepleieren skal legge til rette for at pasienten selv oppdager, lærer og ser hva som er uhensiktsmessige og hensiktsmessige handlinger, og gjennom dette skal pasienten styrke sin mestringskompetanse. Hensikten med veiledningen er å bevisstgjøre pasienten, og at pasientens mestringskompetanse styrkes gjennom læring og oppdagelse(Tveiten, 2013).

### **3.4.2 Undervisning**

Undervisning handler om å formidle kunnskap, og ofte brukes det i kombinasjon med veiledning. Undervisning er ofte lærerstyrt, og en kan si at det er underviseren som bestemmer hva som skal formidles og hvordan. Det er sykepleieren i veilederrollen sitt ansvar å vite når det eventuelt kan være relevant med undervisning i veiledningen, og pasienter vil i sammenheng med sykdom ha behov for å vite, forstå og mestre symptomer, behandling og konsekvenser av symptomer. I forbindelse med sykehusinnleggelse vil pasienten ha behov for kunnskap og forståelse rundt sykdommen og hvordan han på best mulig måte skal forholde seg til den. De fleste pasienter trenger kontinuerlig undervisning under sykehusoppholdet, slik at de kan lære å mestre situasjonen best mulig, og også for at de skal klare seg selv ved utskrivelse. Undervisning kan oppleves motiverende, meningsfullt og relevant når det angår de selv, deres helse og livssituasjon. I dette ligger en naturlig motivasjon som sykepleieren bør være klar over. Sykepleieren bør legge til rette for et menneske til menneske-forhold slik at undervisningen blir individualisert og tilpasset til den enkeltes premisser. Det er sykepleierens sitt ansvar å legge til rette for at pasienter har best mulig grunnlag for å gjøre valg i henhold til egen helse i etterkant av den kunnskap og informasjon sykepleieren har formidlet (Tveiten, 2013).

### 3.5 Sykepleierens pedagogiske funksjon

*”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer”(Tveiten, 2008:30)*

I møte med pasienter kan sykepleier bruke en pedagogisk tilnærming for at pasienten skal kunne mestre, oppdage, lære og utvikle seg. Disse begrepene kan for en med kronisk sykdom gi økt kompetanse til å mestre å leve med sykdommen og forholde seg til den og de symptomer den medfører. Oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring kan for en diabetespasient gi økt kompetanse for å mestre de konsekvensene behandlingen medfører, som å utføre egenmålinger av blodsukker og å sette injeksjoner på egenhånd (Tveiten, 2008).

Sykepleierens pedagogiske funksjon ovenfor pasienter innebærer informering, instruksjon, undervisning og veiledning. Med disse metodene skal sykepleieren med sin kunnskap tilrettelegge for at pasienten skal kunne lære og utvikle seg, samt mestre den nye hverdagen med en kronisk sykdom. Det pedagogiske aspektet tar sikte på å gi pasientene økt mestringskompetanse for å beherske sykdommen (Tveiten, 2008)

Rørvik (1994) velger å definere pedagogikk som læren om forholdet mellom pedagog, målgruppe og innhold. I et sykepleieperspektiv er pedagogen sykepleieren, pasienten målgruppen og innholdet er kunnskap pasienten skal tilegne seg. Pedagogikk indikerer et lederskap, og den pedagogiske aktiviteten har som hensikt å påvirke mennesker til endring. I vår situasjon er det sykepleieren som utfører målrettede handlinger som undervisning, læring, veiledning og omsorg for å endre pasientens aktivitet og handlinger. For å utøve pedagogikk bør sykepleieren ha kunnskaper om pasientens livssituasjon, innsikt i det miljøet han lever i, og de forhold som påvirker pasientens muligheter for mestring i hverdagen (Dalland, 2010) I pasientrettighetsloven står det blant annet at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenesten. Loven sier også at pasienten har rett på informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen som utøves. Dette innebærer at sykepleieren er pliktig til å informere pasienten, og formidle kunnskaper som bidrar til at pasienten mestrer hverdagen (Sosial - og helsedirektoratet , 2004)

## **3.6 Krisereaksjoner.**

Johan Cullberg beskriver krise som: «*en avgjørende vending, en plutselig forandring i livet som der og da virker uhåndterbar*». En skiller mellom fire faser, sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Fasene kan sjeldent avgrenses da disse fasene kan overlape hverandre, men det kan være et hjelpemiddel for å forstå pasientens reaksjoner og de behov han har (Cullerg, 2010)

### **3.6.1 Sjokkfasen.**

Sjokkfasen varer fra et kort øyeblikk til noen dager. Denne fasen kjennetegnes ved at personen holder virkeligheten fra seg med all makt, og benektelse er en normal reaksjon da personen selv ikke har forståelse for det som har oppstått. Det er viktig at sykepleieren kjenner til dette når hun gir medisinsk informasjon, i en slik sjokktilstand kan informasjon lett feiltolkes eller bare bli delvis oppfattet (Cullerg, 2010).

### **3.6.2 Reaksjonsfasen**

Når pasienten har kommet over i reaksjonsfasen begynner han å ta det som har skjedd innover seg, sannheten inntreer og dermed også de reaksjoner og følelser som dette vekker. Vanlige reaksjoner i denne fasen har vist seg å være dødsangst, fortvilelse over mulige konsekvenser og bekymringer for fremtiden. Mange føler også skam og sinne knyttet til sykdommen (Cullerg, 2010).

### **3.6.3 Bearbeidelsesfasen**

Når den akutte fasen er over, begynner bearbeidelsen. Dette er en aksepteringsprosess, og personen lar det truende og ubehagelige få slippe til og godtar at sykdommen er blitt en del av hverdagen. Personen som har fått en kronisk diagnose jobber nå med å godta sitt handikap, og lærer å leve med diagnosen (Cullerg, 2010).

### **3.6.4 Nyorienteringsfasen**

Nyorienteringsfasen er den siste fasen, og personen har nå bearbeidet traumet så langt det er mulig. Personen vil bære med seg et arr som ikke vil forsvinne, men som heller ikke hindrer han i å leve ett normalt liv. Den sviktende selvfølelsen har nå blitt reparert og sorgen har blitt bearbeidet. En krise blir en del av livet og glemmes ikke, og mange kan oppleve at hendelsen kan få en betydning senere i livet (Cullerg, 2010).

### 3.7 Mestring

Personer som får en kronisk lidelse blir etter hvert innforstått med at dette er noe de må leve med resten av livet, for å gjøre det beste utav det må de lære å mestre sykdommen. Heggen (2007) beskriver mestring som noe en klarer på egenhånd, om å takle stress, påkjenninger, kriser eller sykdom slik at en kommer seg godt ut av det. Mestring kan også beskrives som flere typer atferd vedkommende benytter seg av for å få kontroll over utfordringer han står ovenfor. Atferden representerer personens forsøk på å overvinne situasjoner der vedkommendes ressurser blir satt på prøve.

Mestring handler om å ha tilgang til ressurser og evnen til å utnytte disse. Dette kan være ressurser som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr. At et individ innehar mestringskompetanse betyr at han har kompetanse til å mestre, i vår sammenheng vil det si at en med kronisk syk skal mestre konsekvenser for dagliglivet som skyldes sykdom, eller å lære å leve med den. Aaron Antonovsky hevder at helse er ikke et spørsmål som hva et menneske utsettes for, men individets evne til å håndtere det som skjer i livet. Sentralt i Antonovskys teori er at opplevelse av sammenheng, mening, forståelse og håndterbarhet har stor betydning for mestring. I hans arbeid fokuseres det mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom. Antonovsky hevder at mestringsforskningens oppgave er å hjelpe pasienter til å bedre bruke de positive ressursene pasienten har i seg selv og i miljøet (Kristofferen, 2011) (Tveiten, 2008)

Problemorientert mestring omhandler pasientens egne aktive deltakelse i å gjøre direkte og konfronterende strategier for håndtere en vanskelig situasjon. Hensikten med problemorientert mestring er å løse, eller håndtere krevende situasjoner og øke vedkommendes handlingsmuligheter. Eksempel på dette kan være å definere og avgrense ett problem, analysere årsaken til problemet og oppsøke kunnskap og veiledning. Denne strategien er relevant når pasienten selv mener å ha muligheter til å lykkes med mestring og håndtering av en situasjon han står ovenfor. Aktiv og problemorientert mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan forandres, som for eksempel en person med kronisk sykdom som diabetes type 1. Når vedkommende har lyktes med å mestre et problem på en god måte, vil dette resultere i en positiv tankegang videre slik at nye utfordringer blir lettere å håndtere (Kristoffersen, 2011).

Emosjonelt orientert mestring er en strategi som går ut på at vedkommende må endre opplevelsen av situasjonen istedenfor å endre selve situasjonen. Denne strategien er helt

nødvendig i situasjoner som en ikke kan flykte fra eller endre, og er en livsnødvendig strategi for å holde ut. Emosjonelt orientert mestring har til hensikt å redusere ubehagelige følelser i utfordrende situasjoner uten å unnvike og benekte realiteten. Eksempler på strategier kan være bevisst forsøke å beherske følelsene ved å tenke på noe annet, akseptere situasjonen slik som den er ved å endre tankegang, eller unngå informasjon og bagatellisere alvoret (Kristoffersen, 2011).

### 3.8 Empowerment

Ottawa-charteret velger å definere «empowerment» begrepet som:

*”En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse”*(Kristoffersen, 2011).

Empowerment kan tolkes som det motsatte av undertrykking, og innebærer å mobilisere og styrke egne krefter og nøytralisere motkrefter. Prosessen går ut på at mennesket oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker ens helse. Selvbevissthet og innsikt i egen situasjon er forutsetninger for at individet skal få kontroll over eget liv. Empowerment prosessen innebærer deltakelse og relasjoner til andre, og helsepersonell i denne sammenheng har en viktig oppgave i å formidle kunnskaper og informasjon. Sykepleieren frigir seg da makten til pasienten slik at han blir i stand til å ta forsvarlige beslutninger og handle på vegne av seg selv (Kristoffersen, 2011) (Tveiten, 2007)

I forhold til empowerment har Aron Antonovsky fokusert på salutogenese. Salutogenese innebærer at man fokuserer mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom. I teorien om salutogenese legges det vekt på at en kan bidra til å øke en persons helse og velvære ved å styrke vedkommendes ressurser og mestringskompetanse. I møte med ungdom med nyopplaget diabetes type 1 er det viktig at sykepleieren trekker frem hans evner og ressurser som bidrar til mestring av sykdommen istedenfor å se på begrensninger som gjør helsen dårligere (Hvinden, 2011)

### 3.9 Motivasjon

Motivasjon er en forutsetning for handling, og de handlingene vedkommende velger å foreta seg har alltid en bakgrunn eller årsak. Følelser er ofte det viktigste motivet for handling, når en er redd trekker man seg tilbake og når en er glad kan det vises gjennom omtanke og omsorg. Håkonsen skriver at *”motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og*



*vedlikeholder atferd og gir atferd retning.*” Tveiten (2008) skriver at motivasjon kan betraktes som en læreforutsetning, og for at læringen skal bli fullstendig krever det at pasienten er fullt motivert. Vi forstår dette som mennesket har en indre drivkraft til å lære noe nytt for å øke sin livskvalitet. Nye kunnskaper kan bidra til at vedkommende kan endre sitt tankemønster, hvilket resulterer i ny atferd (Håkonsen, 2010).

### 3.10 Læring

En standard definisjon på læring kan lyde *«læring er en relativt varig endring i opplevelse og/eller atferd som følge av erfaring»*. Læring forutsetter et visst modningsnivå, og enkelte ferdigheter har en ikke forutsetning for å ta innover seg dersom man er i tidlig utviklingsstadiet. Men det er ikke modningsnivået som vil ha størst betydning for læring. Mennesker har følelsesmessige og kognitive egenskaper som har en avgjørende betydning for læring. Lyst, interesse og motivasjon er eksempler på følelsesmessige faktorer som ofte er avgjørende for at læringen skal bli best mulig. Vedkommende vil ha følelsesmessige opplevelser av det en erfarer og det som oppleves som nytt og skremmende gir ofte negative følelsesmessige opplevelser som videre kan hemme læring. Læring fremmes dersom vedkommende opplever noe som er tiltalende og interessant, og dette resulterer i positive følelsesmessige erfaringer (Håkonsen, 2010). Veiledning og undervisning er to pedagogiske metoder som tar sikte på læring. For at en pasient skal kunne lære og utvikle seg må sykepleier legge til rette for læring. For at en pasient skal få ett godt læringsutbytte krever det at sykepleieren utfører noen pedagogiske vurderinger, alt fra hvem målpersonen er, hvilke læreforutsetninger har pasienten, og hva vet pasienten fra før om det som skal læres. Godt læringsutbytte krever konkrete mål, og det vil være hensiktsmessig at disse er tidfestet og målbart. Ett mål for pasienten med nyopplaget diabetes type 1 kan være at pasienten mestrer å måle blodsukker og sette injeksjoner i løpet av den første uken på sykehuset. Konkrete mål gir klare retningslinjer for innholdet i veiledning og undervisning til pasienten. Innholdet i en læresituasjon kan derfor dreie seg om kunnskaper, holdninger og konkrete ferdigheter. Innholdet bør tar sikte på pasienten behov og det som skal læres bør oppleves som meningsfullt og nyttig. Dette er faktorer som fremmer god læring for pasienten (Tveiten 2008).

## 4.0 Drøftingsdel

### *”Hva er god sykepleie for å fremme mestring hos pasienten med nyoppdaget type 1 diabetes?”*

I dette kapitlet vil vi presentere våre funn fra teori og forskning. Vi vil ta utgangspunkt i vår sykepleieteoretiker Dorothea Orem og faglitteraturen vi anvendte i forrige kapittel for å diskutere vår problemstilling *”Hvordan kan sykepleieren veilede og undervise ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus?”* Vår drøftingsdel vil bli delt opp i 6 delkapitler hvor vi vil avslutte drøftingen etter hvert avsnitt. I første kapittel vil vi drøfte ungdom og de utfordringer som kan oppstå i denne livsfasen. Deretter vil vi gå nærmere inn på det første møtet mellom sykepleier og pasient, da vi mener en god relasjon skaper grunnlag for videre samarbeid. Videre vil vi drøfte veiledning og undervisning, samt innholdet i den. Deretter drøfter vi hvordan sykepleieren skal veilede og undervise en pasient med nyoppdaget diabetes type 1, og til slutt et kapittel om evaluering av veiledning og undervisning. Vi velger å utelukke et eget kapittel med sammendrag av funn vi har gjort i forskning, og heller bruke det igjennom hele drøftingsdelen for å belyse vår problemstilling.

### 4.1 Ungdom og deres utfordringer med diabetes

Å være ungdom i dag er i seg selv en utfordring fordi man er i en periode hvor det foregår store utviklingsprosesser i et stadium hvor man går ifra å være barn til å bli mer moden og voksen. Forskning gjort av Jaser & White(2008) har vist at det er et stressmoment for ungdom å måtte stå i utviklingsstadier preget av hormonelle svingninger og fysiske forandringer og derfor er de avhengige av en eller flere mestringsstrategier. I puberteten skjer det drastiske forandringer, dels på grunn av hormonelle forandringer og fysisk utvikling, men også på grunn av den sosiale utviklingen hvor ungdom løsriver seg fra foreldrene og knyttes mer til vennegjengen. Vedkommendes egoidentitet utvikles i denne fasen, og et gunstig resultat vil være en opplevelse av mening og forutsigbarhet i livet hvor en har følelse av kontroll over livet. Krisene i denne fasen er særlig knyttet til forvirring omkring egen person og hvem en er, og det å få en kronisk lidelse i puberteten kan resultere i identitetsforvirring slik at ungdommen vil føle seg annerledes (Graue, 2002).

Å få diabetes i tenårene kan oppleves som vanskelig for mange. Dette grunner seg i at de nå er i en alder hvor de er på vei inn i voksenlivet og ønsker uavhengighet samtidig som at de er

ikke er fullt modne nok til å bære alt ansvar diabetes innebærer. Av erfaring vet vi at puberteten er en typisk ”trass-alder” og en veksler hele tiden med å oppføre seg voksent, og som ett lite barn dersom tingene ikke går ens vei. I Huus og Enskär(2007) beskriver ungdommene med diabetes at løsrivelsen fra foreldrene var annerledes og vanskeligere for dem enn for de friske ungdommene. En av årsakene til dette var de opplevde at det var vanskelig for foreldrene å la ungdommene ta overhånd og det fulle ansvaret for diabetesen. I studien kommer det fram at foreldrenes støtte ovenfor den individuelle prosessen mot egenhåndtering av diabetes var viktig, men at den individuelle fremgangen ble redusert da foreldrene ble opprørte når ungdommen ikke maktet å gjøre diabetesregimet fullstendig. Funn i studien påpeker også at ungdom med diabetes følte at foreldrene var overbeskyttende, strengere og mer masete enn foreldrene til de friske ungdommene. Til tross for dette følte ungdom også at denne forskjellen var støttende, og at det var godt med påminnelser. Vi ser her at dette er et godt eksempel på hvordan ungdom veksler mellom å være ett barn og voksen, at ungdommen i det ene øyeblikket blir sint og reagerer med utfordrende atferd når mor eller far stadig maser, men at de i bunn og grunn vet at de trenger støtte.

Som nevnt tidligere vil ikke ungdom skille seg ut fra vennegjengen, og det å få en diabetesdiagnose står derfor i stor kontrast med det å leve ungdomsårene fullt ut. Diabetes type 1 er en utfordrende sykdom som krever nye tilpasninger i hverdagen hos ungdommen. For at ungdom skal skille seg minst mulig ut og føle mestring over sykdommen er det viktig at vi som sykepleiere formidler vår kunnskap om sykdommen, tiltak og behandling.

#### **4.1.1 Det første møte**

For å oppnå best mulig resultat av samhandlingen mellom pasient og sykepleier anser vi det som viktig med et godt innledende møte for å opprette god kontakt mellom pasient og sykepleier. I følge Orem må det være etablert et menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten. Slik vi oppfatter dette mener Orem at sykepleieren skal se på pasienten som et unikt og likeverdig individ (Cavanagh, 2005). Dette mener vi sykepleieren gjør ved å møte pasienten med respekt, og i tillegg har en empatisk tilnæringsmåte. Sykepleieren må lytte aktivt til pasienten og sette seg inn dens situasjon for å kunne forstå dens følelser og reaksjoner. I tillegg mener vi at det er grunnleggende for en god relasjon at sykepleieren aksepterer at pasienten har egne erfaringer og kunnskaper om seg og selv og sitt, og at dette er en gyldig form for kunnskap.

En forutsetning for at pasienten skal få størst mulig læringsutbytte av undervisningen og veiledningen, er det viktig at sykepleieren møter han der han er. Med dette mener vi at sykepleieren må ta hensyn til pasients reaksjoner som har oppstått etter diagnostisering, og dermed kartlegge hans læreforutsetninger før en starter å informere og veilede. Dersom pasienten befinner seg i en krisesituasjon skal sykepleier være forsiktig med å tildele informasjon. Dette grunner seg i at tankeevnene og vurderingsevnen er nedsatt og dermed reduseres verdien av veiledning (Cullerg, 2010). I vår besvarelse tar vi utgangspunkt i at den unge har kommet over den akutte fasen, han har akseptert sykdommen og læreforutsetningene er tilstrekkelige for at han kan motta informasjon og veiledning. For å kunne planlegge veiledning til pasienten er det viktig at sykepleieren gjør en kartlegging av pasienten slik at behandlingen blir individualisert og læringsutbyttet blir optimalt. I sin teori skriver Orem at en sentral side ved menneskets evne til å utøve egenomsorg dreier seg om kunnskap. I henhold til pasientsituasjonen vår velger vi å tolke dette som at sykepleieren har et ansvar for å hjelpe pasienten med dette slik at han får dekket de egenomsorgskravene han står ovenfor.

Sykepleieren må finne ut av hva pasienten trenger av informasjon og samtidig informere slik at informasjonen oppleves relevant for pasienten. Et hjelpemiddel for sykepleieren i en kartleggingsprosess kan være å sette opp en liste med punkter som bør gjennomgås med pasienten. Ofte er ikke dette tilstrekkelig og sykepleieren må da spørre pasienten selv om hva han trenger å vite. Ut fra egen erfaring fra praksis vet vi at pasienten selv heller ikke vet hva han har behov for og dette skaper en uoversiktlig situasjon og dårlig planlegging. I stedet kan sykepleier anvende en fortellende tilnærming og spørre pasienten hvordan har det. Å la pasienten fortelle sin egen historie kan slippe frem mye som ellers lett forblir skjult, og som kan gi sykepleieren informasjon om hva det bør informeres nærmere om. (Eide & Eide, 2008) En annen metode å kartlegge på vil være gjennom spørsmålstilling; på denne måten viser sykepleieren pasienten hva hun ønsker å vite, og hva det vil være aktuelt å snakke om. Når sykepleieren er spørrende gjøres også pasienten til en viss grad delaktig i informasjonsflyten, til tross for at det ikke tar utgangspunkt i hva pasienten allerede kan eller er interessert i.

I følge Orem er tilpasset undervisning til den enkeltes forutsetninger viktig. Da må sykepleieren ta pasientens egenomsorgsbehov i betraktning slik at undervisningen gir økt kunnskap slik at han mestrer sykdommen. Som nevnt i teoridelen bruker Orem begrepet egenomsorgskapasitet. Dette velger vi å knytte til pasientundervisning og veiledning, fordi det er sykepleier som må kartlegge pasientens egenomsorgskapasitet. Hva pasienten allerede kan, og ikke kan, legger grunnlaget for undervisningen. I vårt tilfelle anser vi flere momenter som

er viktig å ha kunnskaper om. Sykepleieren kan for eksempel spørre pasienten om hva han vet om diabetes og hva slags erfaringer han har med sykdommen. Sykdomslære er viktig kunnskap som pasienten kan bruke i hverdagen, og øker forståelsen av hvordan han kan ivareta egenomsorgen for sin sykdom (Selle, 2002). Vi mener også at det vil være aktuelt for pasienten å ha kunnskap om prognose, bivirkninger av medisiner og ikke minst behandlingen i seg selv. Pasienten har behov for kunnskap om viktigheten med god blodsukkerregulering, kostens påvirkning, og han må kunne riktig injeksjonsteknikk og justere insulindosen i forhold til blodsukkernivået. Dette krever praktisk opplæring og pasienten må tilegne seg praktiske egenskaper for å kunne håndtere sykdommen. Sykepleier må ta hensyn til at det er ungdom hun skal veilede, slik at også fysisk aktivitet blir med i veiledningen da mange unge driver fysisk aktivitet på fritiden. Pasienten må også informeres om viktigheten av planlegging og være beredt på spontane situasjoner. Hovedmålet med pasientundervisning er i følge Granum(2003) at pasienten skal være i stand til å takle sin livssituasjon og mestre sykdommen.

Orems støttende og undervisende system passer for pasienter som selv har kapasitet til å ivareta sin egenomsorg, men som har behov for midlertidig assistanse fra sykepleier. Sykepleieren skal formidle sine kunnskaper, og sammen med pasienten skal hun bidra til at han utvikler nye ferdigheter slik at han får dekt sine egenomsorgsbehov. Sykepleieren skal innenfor dette system veilede og undervise pasienten og tilrettelegge for læring slik pasientens egenomsorgsevne videreutvikles. Dette skal resultere i at pasienten finner sin mestringsstrategi (Cavanagh, 2005). Relatert til vår situasjon kan sykepleier ta i bruk hjelpemetoden "veilede og rettlede en annen" for å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. Dette forutsetter at pasient og sykepleier har god kommunikasjon, i tillegg til at pasienten er i motivert til selv å ta beslutninger og utføre handlinger. I tillegg kan sykepleieren ta i bruk hjelpemetoden « å støtte en psykisk og fysisk» da diabetes også kan gi pasienten psykiske påkjenninger. Det er viktig at støtten bærer preg av nærvær og verbale oppmuntringer. Gjennom sykepleierens nærvær og omsorg mener vi dette kan gi følelse av trygghet og øker han motivasjon for å utøve hans egenomsorg.

## **4.2 Veiledning og undervisning**

Tveiten(2013) skriver at veiledning og undervisning bidrar til at pasienten blir bevisst på, oppdager og styrker sin mestringskompetanse. Å kunne se egne ressurser og muligheter er et viktig prinsipp i veiledning. Likedan er også det å forstå, kunne se sammenhenger og finne mening sentrale mål for veiledning. Dersom sykepleier klarer å hjelpe pasienten med dette, vil

det stå i tråd med det Aron Antonovsky hevder er viktig for å kunne mestre. I følge hans teori blir helse til ved at vedkommende føler en opplevelse av sammenheng i livet (Lerdal & Fagermoen, 2011)

Ut fra egen erfaring i praksis er det et stort behov for pasientundervisning. Granum(2003) skriver at sykepleierens undervisningsfunksjon er integrert i sykepleierens totale funksjon, og slik vi oppfatter dette, skal de undervisende kunnskaper være integrert i sykepleieren og disse skal synliggjøres i sykepleieutøvelsen. I henhold til det Granum(2003) skriver opplever vi stadig i praksis at pasienter er misfornøyde med den informasjon og undervisning som er blitt gitt, og pasientene har ikke tilegnet seg de kunnskaper de trenger før de skrives ut fra sykehuset. Dette mener vi gjenspeiler sykepleierens tidspress på sykehus, samtidig som at innleggelsestiden for pasientene stadig blir kortere og kortere. Dette øker betydningen av rask kunnskapstilegnelse hos pasienten for at han skal mestre sykdommen utenfor sykehuset og leve med den optimalt i hverdagen. Granum (2003) skriver at god planlegging sikrer at både innhold og undervisningsmetode er tilpasset pasientens behov; dette bidrar til å kvalitetssikre pasientundervisningen. For at sykepleieren skal kunne utnytte sin undervisende funksjon til det beste for pasienten, ser vi at planlegging er et viktig moment, og vi tror at dette vil bidra til at sykepleierens undervisende funksjon blir mindre preget av spontanitet og ureflekterte handlinger. Dette vil igjen bidra til at pasienten opplever trygghet og unngår stress relatert til sykdommen.

Når sykepleieren skal undervise og veilede en pasient med nyopplaget diabetes er det viktig å ta i betraktning hva pasienten allerede vet fra før, hans læringskapasitet og innsikt i situasjonen. I følge Stubberud og Mosand(2011) bør sykepleieren danne seg et bilde av pasientens motivasjon for deretter å bygge på hans egen motivasjon for å lære. Videre skriver hun at motivasjonen bør være styrt innenfra, med dette mener hun at pasienten må innse hvor livsviktig det er å selv kjenne til og forstå sykdommen og behandlingen som gjøres.

Veiledning og undervisning må ta utgangspunkt i det som er relevant for pasienten, og hva han ønsker å vite. Utøvelse av god pedagogikk mener vi synliggjøres fra sykepleierens side når læring og undervisning skjer ut fra pasientens forutsetninger og når det opprettes et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. I følge tveiten (2013) er det sykepleierens oppgave å legge til rette for at pasientens anliggende blir belyst ved å lytte, stille spørsmål og la pasienten fortelle sin historie. Sykepleierens tilnæringsmåte bør vektlegges for å skape et likeverdig møte, og det å fremstå som autoritær tror vi vil vel være ugunstig når det skal tilrettelegges for et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. Sett ut

ifra dette må sykepleieren se hele mennesket, møte han der han er og stå ansikt til ansikt med han. Å la pasienten medvirke i samhandlingen er viktig, og dette mener vi bidrar til at pasienten opplever større grad av tillit til sykepleier, samtidig legger det et godt grunnlag for god dialog mellom sykepleieren og pasienten. Å la pasienten medvirke står i tråd med Orems teori hvor pasientens grunnleggende behov står i fokus, at sykepleieren sammen med pasienten skal arbeide mot å oppnå god egenomsorg og selvstendighet. Vi oppfatter Orems teori som helsefremmende og samsvarer med empowerment-begrepet som tar sikte på at hver enkelt skal, så langt det lar seg gjøre, bestemme mest mulig over egen situasjon (Cavanagh, 2005) (Lerdal & Fagermoen, 2011).

Et viktig prinsipp for å oppnå god veiledning er at sykepleieren innehar tilstrekkelig med kunnskap om diabetes for å kunne undervise pasienten i det. Det er avgjørende at sykepleieren innehar både teoretiske, pedagogiske og praktiske kunnskaper om diabetes for at læringsutbytte skal bli tilfredsstillende (Granum, 2003). I møte med diabetespasienten ser vi det som særdeles viktig at sykepleieren innehar disse egenskapene for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.

Når det gjelder valg av undervisningsmetode ser vi det som mest aktuelt å utøve planlagt, individuell veiledning med dialog som metode i møte pasienten med nyoppdaget diabetes. Dette på grunnlag av pasientens læreforutsetninger, og etter vår oppfatning vil det være enklere for pasienten å snakke om opplevelsen av å få en kronisk sykdom alene med pasienten. I følge Kyngäs(2000) bør individualisert og godt planlagt undervisning og veiledning vektlegges hos ungdom med diabetes type 1 for å bedre deres etterlevelse. Når pasienten får individuell veiledning vil det kun omhandle han, hvilket vi tror bidrar til å skape trygghet for pasienten. Når innholdet i veiledningen bestemmes ut i fra pasientens informasjonsbehov optimaliseres situasjonen ytterligere. I praksis har vi sett at det er for lite sykepleiere i det norske helsevesenet, på grunnlag av det kan det derfor være vanskelig å få til individuelle veiledninger hver gang. På bakgrunn av dette ser vi det relevant å variere undervisningssettingen, og derfor kan det være aktuelt å tilby pasienten deltakelse i gruppeveiledninger. Gjennom gruppeundervisning får pasienten nye bekjentskaper og erfarer at det er flere som lever med samme type helseproblemer (Granum, 2003). Å la ungdommen møte andre med diabetes anser vi som viktig, siden de kan utveksle erfaringer og samtidig få tips om hvordan en kan håndtere ulike situasjoner på best mulig måte.

Vår erfaring fra praksis viser at sykehuset ikke er det mest egnede stedet for å oppnå god veiledning og undervisning. Dette mener vi på grunnlag av at sykepleiere har et stort tidspress og samtidig tidvis mye ansvar, samt at veiledningen kan foregå i forstyrrede omgivelser. Som nevnt tidligere er et tilrettelagt og godt miljø viktig for at pasienten skal føle trygghet. I tillegg til tidspresset har vi erfart at ikke alle sykepleiere egner seg som veiledere, og snakker ut av ”gammel vane”. Med dette mener vi at språket kan ofte bli for medisinsk for pasienter uten slike kunnskaper. Dette tror vi medfører at veiledningen og undervisningen blir lite individualisert og konkret. Sett ut ifra dette er det også fordeler med å bli veiledet og undervist på sykehus, spesielt med tanke på sykepleiere og leger med spesialkompetanse innenfor området. I følge pasientrettighetsloven § 3.2 har pasienten rett på informasjon vedrørende sin sykdom og helsetilstand, samt informasjon om bivirkninger og mulige risikoer. Slik vi forstår loven er sykepleieren pliktig til å informere pasienten på grunn av hans rettigheter (Helse -og omsorgsdepartementet , 2013). En pasient med diabetes type 1 har stort behov for å tilegne seg denne informasjonen og de kunnskapene som er nødvendig før han drar ut av sykehuset for å kunne mestre hverdagen med diabetessykdommen. For at ungdommen skal kunne håndtere sykdommen utenfor sykehuset må sykepleieren veilede og undervise pasienten i grunnleggende sykdomslære og behandling.

Målet for egenomsorg og egenbehandling ved diabetes er at pasienten skal få en forståelse av sykdommen og behandlingen (Skafjeld, 2002). Dette legger et grunnlag for sykepleien som skal gis og er nødvendig i forhold til hva pasienten bør veiledes og undervises i.

Motivasjonsfaktorer som vil ligge til grunn hos unge tror vi kan være evnen til selv å håndtere sykdommen ved både å regulere og sette insulin på egenhånd. Dette vil gi en følelse av frihet, selvstendighet og mestring. En annen motivasjonsfaktor vi mener vil ha betydning for ungdommen er å få forståelse om hvorfor god blodsukkerregulering er viktig med tanke på å forebygge og forhindre senkomplikasjoner senere i livet. Det å kunne ivareta egen helse vil gi en større grad av selvstendighet og frihet, og dette i seg selv tror vi vil være en motivasjonsfaktor for å mestre den nye livssituasjonen.

### **4.3 Innholdet i veiledningen og undervisningen**

Ungdom med diabetes type 1 vil ha et stort behov for veiledning og informasjon i forhold til hvordan de skal mestre den nye livssituasjonen. Et viktig moment i veiledning og undervisning er at kunnskapen som formidles er relevant for pasienten. Både Orem og Kloster(1997) understreker viktigheten av at sykepleieren tar utgangspunkt i pasienten, og etter vår oppfatning mener de med dette at undervisningen må ta utgangspunkt i pasientens



forutsetninger, hans behov og de mål som er satt. Diabetes type 1 vil medføre helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov; for at pasienten skal kunne mestre egenomsorgskravene type 1 diabetes medfører trenger pasienten informasjon om hvorfor god blodsukkerregulering er viktig, og hvorfor han trenger insulintilførsel for å kompensere for den sviktende insulinproduksjonen. Diabetes type 1 krever også praktiske handlinger i hverdagen, og vedkommende vil ha behov for å lære nye kunnskaper sett i forhold til det å kunne måle blodsukker og injisere insulin. I tillegg er det viktig at pasienten tilegner seg kunnskaper om kostholds påvirkning på blodsukkerregulering og hvordan han skal ivareta sykdommen sammen med fysisk aktivitet. I følge Kloster(1997) er sensorisk kunnskap, hva pasienten kommer til å kjenne og føle, vel så viktig som faktakunnskap. Dette understreker viktigheten av at sykepleier informerer pasienten om at for eksempel insulinsetting kan være smertefullt og ubehagelig før hun setter insulin på pasienten.

For å kunne ivareta kravene til terapeutisk egenomsorg presiserer Orem at sykepleier må kartlegge pasientens evne til selv å møte kravene. Sykepleier må ta stilling til at det er flere forhold som kan ha betydning for læring (Cavanagh, 2005). Både livserfaring, alder, motivasjon, fysiske og emosjonelle forhold, smerte, og angst er faktorer som kan påvirke pasientens evne til å lære (Kloster, 1997 ). Når Orem beskriver en persons egenomsorgsbehov opplever vi at hun primært vektlegger fysiske handlinger og atferd, mens det psykososiale nedprioriteres. Ivaretagelse av pasientens psykiske helse mener vi er viktig i sykepleieutøvelsen og bør vektlegges i møte med en pasient med nyoppdaget diabetes. Dette står også i tråd med det Skafjeld(2002) skriver: det å få en kronisk sykdom påvirker hele livssituasjonen, og dersom det kun fokuseres på de fysiske aspektene uten å trekke inn personens subjektive opplevelse vil det gi et ufullstendig bilde av den kroniske sykes situasjon. Det psykiske aspektet mener vi bør prioriteres i møte med ungdom med nyoppdaget diabetes med tanke på at dette kan bidra til å styrke pasientens selvbylde og livskvalitet. I tillegg tror vi at bedret psykisk helse også kan bidra til at pasienten velger problemfokusert mestringsstrategi istedenfor emosjonelt fokusert mestringsstrategi. Å velge problemfokusert mestringsstrategi vil være den beste løsningen fordi den tar sikte å løse en krevende situasjon og øke pasientens handlingsmuligheter. Dette grunner seg i at problemfokusert mestringsstrategi øker aksepteringen og har til hensikt å løse situasjonen (Kristofferen, 2011). Det å kunne måle blodsukker selv og administrere insulin selv vil etter vår oppfatning gi pasienten en større grad av selvstendighet og frihet noe som er viktig for en ungdom. God

blodsukkerregulering har stor betydning for helse og personens livskvalitet både på kort og lang sikt.

### **4.3.1 Hvordan skal sykepleieren undervise pasienten med nyoppdaget diabetes type 1?**

Fra erfaring har vi observert at pasienter med nyoppdaget diabetes har kort innleggelsestid på sykehus på grunnlag av at de skal følges opp poliklinisk, og fordi at de skal raskt ut i hverdagen igjen. Tidsfaktoren spiller derfor også en vesentlig rolle for sykepleieren og innholdet i undervisningen som gis. Ut i fra dette må sykepleieren vurdere og prioritere hva pasienten først og fremst vil ha behov for å vite for å kunne mestre sykdommen. Kloster (1997) skriver at sykepleieren ved hjelp av undervisning kan legge til rette for gode læringssituasjoner. Når sykepleieren skal undervise en ungdom med nyoppdaget diabetes mener vi det er viktig at sykepleier tar bevisste valg ved valg av metode som skal benyttes for at pasienten skal tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter. I praksis har vi erfart at det finnes mengder med undervisningsmateriell som sykepleier kan anvende i forhold til ulike pasientgrupper, deriblant til diabetespasienter. Eksempler på hjelpemidler er videoer, brosjyrer, informasjonshefter, bilder og animasjoner. For å utnytte verdien av disse må sykepleieren tilpasse bruken av hjelpemidlene etter pasientens forutsetninger.

En diabetessykdom kan være utfordrende og krever at pasienten lærer seg flere praktiske ferdigheter, som egenmåling av blodsukker og sette insulin. En pasient med nyoppdaget diabetes type 1 i dag vil vanligvis starte insulinbehandlingen med insulinpenn (Mosand & Stubberud, 2011). I følge Skafjeld(2002) er demonstrasjon en god undervisningsmetode som egner seg når pasienten skal lære nye praktiske ferdigheter. Når vi snakker om demonstrasjon skal sykepleier vise pasienten hvordan en blodsukkermåling skal utføres. I tillegg anser vi det som relevant at sykepleier forklarer og viser for pasienten hvilket utstyr som trengs og hvordan prosedyren skal utføres. Så kan pasienten selv demonstrere prosedyren med veiledning fra sykepleier. Å lære en ny fremgangsmåte er lettest for pasienten når han nylig har sett den demonstrert (Mosand & Stubberud, 2011). I tillegg krever gjendemonstrasjon stor delaktighet fra pasientens side hvilket vi mener også bidrar til å fremme læring hos pasienten. Sykepleier må undervise og informere om blodsukkerverdiene, hvordan disse tolkes og nytteverdien av dem. I etterkant kan pasienten måle blodsukker selv og notere ned verdiene. Sammen kan sykepleieren og pasienten diskutere og vurdere verdiene. Glukoseverdiene i seg selv anser vi som et hjelpemiddel til å skape motivasjon ved å se resultatet av det pasienten

har oppnådd i forhold til insulin, kosthold og aktivitet som påvirker blodglukoseverdien. Å gi pasienten ros for det han mestrer mener vi er viktig i denne sammenheng med tanke på motivasjon i videre forløp.

Demonstrasjon ser vi også som aktuelt når pasienten skal få opplæring i å sette insulin. Før pasienten skal sette på seg selv kan sykepleier ta med seg en demonstrasjonsdukke hvor pasienten kan få trene på å stikke og å holde insulinpennen korrekt med veiledning fra sykepleier. På denne måten får pasienten teknikken inn i hendene og dette mener vi er betryggende for pasienten før han skal utføre prosedyren på seg selv. Pasienten vil da ha behov for opplæring i riktig injeksjonsteknikk og hvor insulinet skal injiseres. Sykepleieren må kontrollere at pasienten klarer å innstille og avlese riktig dosering og at han er innforstått med hvordan pennen brukes. I Kloster (1997) kommer det frem at pasienter prissetter faktakunnskap, men at de savner informasjon om sensorisk kunnskap. På grunnlag av dette vil det være vesentlig at sykepleier også informerer pasienten om at insulininjeksjoner kan for noen oppleves som ubehagelige og smertefulle. Ved å gi prosedyrerettet informasjon og sensorisk informasjon til pasienten, kan dette eliminere den negative effekten hos pasienten (Kloster, 1997). For en ungdom kan dette bli mye omfattende informasjon over et kort tidsrom. Det er viktig at sykepleieren tar seg god tid med pauser og kontrollerer at pasienten tilegner seg kunnskapene og informasjonen.

I praksis har vi observert flere illustrasjonsvideoer og opplæringsvideoer til diverse pasientgrupper, deriblant en opplæringsvideo i forhold til insulinsetting. Vi spurte en sykepleier på avdelingen når de benyttet seg av disse, og i følge sykepleieren ble disse sjeldent tatt i bruk. Dette på grunnlag av at sykepleieren selv glemte det, det krever mye tid, videoutstyr og et egnet rom. Videre fortalte hun også at undervisningen sjelden var planlagt og at dette var tidskrevende i en travel hverdag. Dette står i tråd med det Kloster(1997) skriver at sykepleieren tar utgangspunkt i den enkelte pasient og hans situasjon, og at undervisningen som oftest foregår spontant på pasientens rom eller i korridor.

I undervisningen bør symptomer på hypoglykemi og føling vektlegges. Symptomer som skjelving, forandret atferd og kramper kan for mange virke skremmende, og føling blir en fryktet tilstand. I følge Skafjeld(2002) kan symptomene variere og opptre ulikt i ulike situasjoner. Ungdom ønsker ikke å skille seg ut fra jevnaldrende og føling har vi erfart kan vise seg med endret oppførsel. Dette står i tråd i studien til Huus og Enskâr(2007) hvor det kommer frem at ungdommer med diabetes ikke vil skille seg ut fra vennegjengen. Dette

kommer gjerne i konflikt med ønsket om å være som alle andre. Dette kan for mange ungdommer oppleves flaut, og enkelte ønsker så lite oppmerksomhet rundt sykdommen som overhodet mulig. For å unngå føling er det viktig at sykepleieren vektlegger hvordan ungdommen kan forebygge en slik uønsket situasjon og samtidig oppmuntrer pasienten til å fortelle sine nærmeste venner om denne tilstanden.

For at pasienten skal få innblikk i hvordan føling oppleves kan det være aktuelt å framprovosere tilstanden på sykehus dersom pasienten er engstelig for hypoglykemi. Når slike symptomer opptrer hos pasienten må sykepleieren fortelle om tiltak og at han da må få i seg noe søtt så fort som mulig for å få opp blodglukosen. Mat og drikke som har rask innvirkning på blodsukkeret er saft, melk, frukt, sjokolade eller noen sukkerbiter (Jenssen, 2011). I dette tilfelle vil det også være aktuelt å gi pasienten et informasjonshefte om komplikasjoner ved insulinbehandling. Sett i forhold til at pasienten er en ungdom og ikke fullt modningsutviklet, ser vi det som betydningsfullt at sykepleier sammen med pasient går igjennom heftet. Dette åpner opp for diskusjon og pasienten kan stille spørsmål slik at eventuelle misforståelser kan oppklares. Kloster (1997) skriver at skriftlig informasjon til pasienter er til god hjelp men pasienten opplever først og fremst den muntlige samtalen som mest betydningsfull.

Til tross for at en pasient med nyopplaget diabetes type 1 i prinsipp kan spise som før er det fortsatt nødvendig med kostholdsveiledning. Dette med tanke på kostens virkning på blodsukkeret og insulindosene som må justeres deretter. Kostveiledningen må ta utgangspunkt i pasientens situasjon og for at sykepleier skal få et bilde av pasientens kostvaner kan hun oppmuntre pasienten til å foreta en kostanamese. I kostanamesen beskriver pasienten detaljert sine måltidsmønstre, hva han spiser til måltidene, hvor ofte han spiser og hvor mye han spiser. Som forberedning til kostsamtalen kan sykepleier motivere pasienten til å foreta blodsuktermålinger i forbindelse med måltidene. Blodsukkerkurven og kostanamesen kan da brukes som utgangspunkt for kostsamtalen, da vi mener dette legger opp til diskusjon om kostholds effekt på blodsukkeret. Andre hjelpemidler som vil være relevant for sykepleieren å bringe med seg til pasienten kan være brosjyrer og hefter om kosthold og diabetes. Som nevnt i tidligere kapittel lever de fleste ungdommer uforutsigbart og mange spiser akkurat det de vil, som «junkfood» og søtsaker uten større ettertanke. Sukkerholdige matvarer har en ugunstig effekt på blodsukkeret, og ved større mengder bør pasienten kompensere for dette med større insulindose. Når sykepleier underviser pasienten om kosthold er det viktig at sykepleieren presiserer at pasienten fortsatt kan ta seg en is eller en

sjokoladebit så lenge han justerer insulindosen. Vi anser det som viktig å få frem at god blodsukkerregulering hjelper lite dersom det skal gå utover pasientens livskvalitet. Så lenge pasienten har en ukomplisert type 1 diabetes, hvor vedkommende mestrer å justere insulindosen etter matinntaket er ikke behovet for å snakke om mat så betydelig (Skafjeld, 2002).

I undervisningen må også senkomplikasjoner belyses. Dette kan være vanskelig å informere om, men det er nødvendig for pasienten å ha kunnskap om dette. Ut fra egen erfaring fra praksis har vi opplevd at når en pasient får en diabetesdiagnose tenker de alltid på det verste, og tror gjerne de må amputere foten eller mister synet på grunn av sykdommen. I en slik situasjon er det viktig at sykepleieren presiserer at det er viktig med god blodsukkerregulering for å hindre senskader. Her vil også understreke at det er en ungdom som skal undervises og undervisningen bør derfor være av mer en informativ art, og legge vekt på hvordan en skal forebygge senkomplikasjoner. Da må sykepleier informere pasienten om anbefalt blodglukosenivå og hvorfor det er viktig at blodglukosenivået bør ligge på 5-6 mmol/l (Jenssen, 2011).

### **4.3.2 Evaluering**

Evaluering av veiledningen og pasientundervisning er viktig. Hele hovedhensikten med veiledning og pasientundervisningen er at pasienten skal ha tilegnet seg kunnskaper som bidrar til at pasienten skal kunne mestre sykdommen. Om hensikten er oppnådd er i følge Tveiten(2008) ikke alltid mulig å vite. Evaluering i undervisningssammenheng kan foregå i form av en dialog mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren kan stille pasienten spørsmål om hva han selv har lært. Sykepleier bør i slike situasjoner være varsom og ikke spørre på en måte som virker nedverdiggende eller krenkende ovenfor pasienten. Kloster (1997) skriver at sykepleierne sjeldent benytter seg av kontrollspørsmål. I følge sykepleierne som deltok i studien kunne de se på pasienten om budskapet var forstått eller ikke. Gjentatte ganger har vi opplevd i praksis at pasienter gjentar de samme spørsmålene flere ganger til tross for at de har fått både muntlig og skriftlig informasjon tidligere. Orems tidsperspektiv i sykepleien bør også belyses når modellen tar sikte på å evaluere et sykepleietiltak (Cavanagh, 2005). Å fastslå om at et sykepleietiltak har vært vellykket lar seg vanskelig gjøre da dette trolig vil kreve lengre tid enn selve sykepleien. Sett ut i fra vår situasjon vil det være vanskelig å evaluere om pasienten faktisk er innforstått med informasjonen han har blitt tildelt, med tanke på at han skal leve med sykdommen utenfor sykehusets rammer. Etter sykehusoppholdet kan man derimot kontrollere om pasienten tilegnet seg kunnskaper fra veiledningen og

undervisningen. Diabetespasienter følges jevnlig opp poliklinisk, og ut fra langtidsblodsukkeret kan man evaluere om pasienten er innforstått med kunnskapene rundt blodsukkerregulering.

#### 4.4 Konklusjon

Spørsmålet som skulle besvares i denne oppgaven var: ”*Hvordan kan sykepleieren veilede og undervise ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus?*” Gjennom arbeid med denne oppgaven har vi arbeidet mot å finne svar på vår problemstilling. Funnene vi har gjort i oppgaven har gitt oss et innblikk og større forståelse for hvordan vi som fremtidige sykepleiere skal kunne veilede og undervise en pasient med nyoppdaget diabetes type 1. Veiledning, undervisning og opplæring er viktig for at pasienten skal kunne ivareta ta sine nye egenomsorgsbehov og for at han skal kunne mestre sin hverdag. Sykepleieren må møte pasienten der han er og tilstrebe et menneske-til-menneske forhold for at pasienten skal oppleve tillitt til sykepleier. Personer som nettopp har blitt diagnostisert med en diabetessykdom kan oppleve å komme i en krise. Sett i forhold til dette må sykepleier være bevisst på at dette kan hemme pasientens forutsetninger for læring og sykepleieren må være varsom med å utgi for mye informasjon når pasienten befinner seg i en slik tilstand. Når pasienten er klar for det, har vi funnet ut at både planlagt individuell veiledning og gruppeundervisning er avgjørende for at pasienten skal kunne mestre nye krav i forhold til egenomsorg. Individuell veiledning er bra med tanke på at det gir trygghet for pasienten, og det blir lettere for pasienten å slippe følelser til når det kun er sykepleier og pasient. Gjennom gruppeundervisning får pasienten møte andre med diabetes og høre deres livserfaringer; hvilket kan bidra til å motivere pasienten i det videre livsforløp. Funn i forskning viser derimot at sykepleierne sjeldent planlegger undervisningen, men at de tar utgangspunkt i den enkelte pasients og hans situasjon. Sykepleieren bruker flere ganger daglig pedagogiske tilnærminger for å møte pasientens behov, og dette beskriver de nødvendigvis ikke som pasientundervisning, men som en generell oppgave som sykepleier.

Under oppgaveskrivingen har vi sett betydningen av god planlegging, og at tilrettelagt veiledning og undervisning er viktig for at en pasient med nyoppdaget diabetes skal kunne mestre de nye kravene han står ovenfor. Etter endt bachelorskriving føler vi at oppgaven har styrket vår kompetanse for hvordan vi skal bruke den pedagogiske funksjonen sykepleieren har i praksis, og med dette også anskaffet spesialkompetanse innenfor vår problemstilling.

## Litteraturliste

- \* Cavanagh, S. J. (2005). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- \* Cullerg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling* . Oslo: Universitetsforlaget .
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* . Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Diabetesforbundet. (2014, januar 14). *www.Diabetes.no*. Hentet fra [http://www.diabetes.no/no/Om\\_diabetes/](http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/)
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Evenshaug, O., & Hallen, D. (2001). *Barne -og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- \* Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- \* Graue, M. (2002). Sykepleie til ungdom. I A. Skafjeld, *Diabetes - Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 152-168). Oslo: Akribe Forlag .
- \* Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget .
- \* Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes*. Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Heggen, K. (2010). Rammer for meistring. I T.-J. Ekeland, & K. Heggen, *Meistring og myndiggjering* (ss. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- \* Helse -og omsorgsdepartementet . (2013). *Pasientrettighetsloven*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://lovdata.no): <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- \* Huus, K., & Enskår, K. (2007, April). Adolescents' experience of living with diabetes. *Paediatric Nursing*, s. 4.
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og meistring* (ss. 48-62). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Jaser, S., & White, L. (2011, Mai). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health & Development* , s. 9.
- Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Kloster, T. (1997 , Mars). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? *Sykepleievitenskap*, s. 7.
- Kristofferen, N. J. (2011). Stress og meistring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 133-189). Oslo: Gyldendal Akademisk .

- Kristoffersen, N. J. (2006). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie* (ss. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 337-381). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (ss. 133-189). oSLO.
- \*Kyngås, H., Kroll, T., & Duffy, M. (2000). Compliance in Adolescents With Chronic Diseases: a review. *Journal of adolescent health* , s. 10.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring* (ss. 208-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. (2011). *Læring og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 507-535). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.
- \* Næss, S., & Eriksen, J. (2006). *Diabetes*. Oslo: Norsk institutt for forskning om opplevelse, velferd og aldring .
- Os, I., & Birkeland, K. (2006). Endokrine sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund, & K. Solheim, *Sykdomslære* (ss. 304-332). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Ribu, L. (2010). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3* (ss. 471-521). Oslo: Akribe AS.
- \* Selle, H. (2002). Opplæring av voksne med diabetes- bruk av sjekkliste. I A. Skafjeld, *Diabetes-grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 96-107). Oslo: Akribe.
- \*Sjøvoll, N. (2002). Følelsesmessige reaksjoner på kroniske somatiske lidelser . I A. Skafjeld, *Diabetes - grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 70-83). Oslo: Akribe Forlag .
- \*Skafjeld, A. (2002). *Diabetes- grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe.
- \*Sosial - og helsedirektoratet . (2004). *Pasientrettighetsloven*. Hentet 02 13<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter/Publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter.pdf>, 2014 fra [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no).
- \* Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker* . Bergen: Fagbokforlaget .
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen : Fagbokforlaget .
- \* Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn bare ord*. Bergen: Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur : 462 sider



## Søkehistorikk

Database	Søkeord	Dato	Begrensinger	Type søk	Antall treff	Motiv til ekskludering	Utvalgte artikler
Cinhal via EBSCOhost	Coping, resilience, adolescence, type 1 diabetes	24.01.2014	2006-2014	Fulltekst	2	Artikkelbestilling, ikke-vestlig studie	Nr2: Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes
Cinhal via EBSCOhost, Oria	Copliance, in adolescence, chronic disease	28.01.2014	2000-2014	Fulltekst	11	Omhandler ikke diabetes, nyrepasienter, cystisk fibrose,	Nr 4: Adolescent' experience of living with diabetes
Cinhal via EBSCOhost, Oria	Adolescence, experience, diabetes	18.02.2014	2007-2014	Fulltekst	94	Ikke-vestlig studie, artikkelbestilling, omhandler mye om pårørende,	Nr 37: Compliance in Adolescents With Chronic Diseases: A Review
SveMed+	Patient education	25.02.2014	Norsk tekst	Fri tekst	76	Engelsk tekst, ikke relevant til vår problemstilling, ikke rettet mot sykepleierens pedagogiske funksjon	Nr 21: Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette
Oria, SveMed+, Cinhal via EBSCOhost,	Nursing care, quality of life, diabetes in children	28.02.2014	2008-2014	Fulltekst	13	Artikkelbestilling, Astmapasienter, Ikke-vestlig studie,	
Oria, Cinhal via EBSCOhost,	Coping, diabetes, teenager,	28.02.2014	2010-2014	Fulltekst	3	Artikkelbestilling	